

# レイシエスタしらゆり

## 重要事項説明書

|       |              |
|-------|--------------|
| 記入年月日 | 令和 6年 10月 1日 |
| 記入者名  | 荏開津 可奈       |
| 所属・職名 | 生活相談員        |

### 1 事業者の概要

|            |  |   |      |
|------------|--|---|------|
| 種類         | 個人(法人)   | ※法人の場合、その種類   | 有限会社 |
| 名称         | (ゆう) けあさーびすしらゆり<br>有限会社 ケアサービスしらゆり                         |   |      |
| 主たる事務所の所在地 | 〒655-0028  | 神戸市垂水区宮本町3番13号  |      |
| 連絡先        | 電話番号   | 078-708-0032  |      |
|            | FAX番号  | 078-707-4643  |      |
|            | ホームページアドレス   | <a href="http://www.care-net.biz/28/shirayuri/">http://www.care-net.biz/28/shirayuri/</a> |      |
| 代表者        | 氏名   | 明山 憲司   |      |
|            | 職名   | 代表取締役社長   |      |
| 設立年月日      | 平成 8年 1月 30日   |   |      |
| 主な実施事業     | 訪問介護（介護予防）事業、居宅介護・重度訪問介護事業、移動支援事業<br>※別添1（別に実施する介護サービス一覧表） |   |      |

### 2 有料老人ホーム事業の概要

|               |                          |   |  |
|---------------|--------------------------|---|--|
| 名称            | れいしえすたしらゆり<br>レイシエスタしらゆり |   |  |
| 所在地           | 〒655-0032                | 神戸市垂水区海岸通5番67号  |  |
| 主な利用交通手段      | 最寄駅                      | JR垂水駅／山陽垂水駅   |  |
|               | 最寄駅からの交通手段と所要時間          | 最寄り駅 635m 徒歩 8分   |  |
| 連絡先           | 電話番号                     | 078-708-3060  |  |
|               | FAX番号                    | 078-708-1088  |  |
|               | ホームページアドレス               | <a href="http://www.care-net.biz/28/shirayuri/">http://www.care-net.biz/28/shirayuri/</a> |  |
|               | メールアドレス                  | Shirayuri3060@yahoo.co.jp   |  |
| 管理者           | 氏名                       | 若林 理恵   |  |
|               | 職名                       | 施設長   |  |
| 建物の竣工日        | 平成 18年 8月 1日             |   |  |
| 有料老人ホーム事業の開始日 | 平成 18年 8月 1日             |   |  |

(類型)【表示事項】

|   |             |  |
|---|-------------|--|
| ① 介護付 (一般型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合)       |             |  |
| 2 介護付 (外部サービス利用型特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合) |             |  |
| 3 住宅型                                   |             |  |
| 4 健康型                                   |             |  |
| ※ 1 又は 2<br>に該当する<br>場合                 | 介護保険事業者番号   | 特定施設入居者生活介護事業所<br>神戸市指定第 2870801962 号<br>介護予防特定施設入居者生活介護事業所<br>神戸市指定第 2870801962 号 |
|   | 指定した自治体名    | 神戸市  |
|   | 事業所の指定日     | 平成 18 年 8 月 1 日  |
|   | 指定の更新日 (直近) | 令和 6 年 8 月 1 日   |

3 建物概要

|                  |                         |   |                                    |
|------------------|-------------------------|---|------------------------------------|
| 土 地              | 敷地面積                    | 499.48 m <sup>2</sup> (公簿・実測)             |                                    |
|                  | 所有関係                    | ① 事業者が自ら全てを所有する土地                         |                                    |
|                  |                         | 2 事業者が一部を所有・一部を賃借する土地                     |                                    |
|                  |                         | 3 事業者が賃借する土地                              |                                    |
|                  |                         | ※ 1 又は 2 に該当する場合                          |                                    |
|                  |                         | 抵当権の有無                                    | 有 / 無                              |
| ※ 2 又は 3 に該当する場合 |                         |   |                                    |
| 契約期間             | 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無 |   |                                    |
| 契約の自動更新          | 有 / 無                   |   |                                    |
| 建 物              | 規模                      | 4 階建 1 棟                                  |                                    |
|                  |                         | 延床面積                                      | 全体 986.31 m <sup>2</sup>           |
|                  |                         |   | うち、有料老人ホーム部分 986.31 m <sup>2</sup> |
|                  | 構造                      | ① 鉄筋コンクリート造<br>2 鉄骨造<br>3 木造<br>4 その他 ( ) |                                    |
|                  | 耐火構造                    | ① 耐火建築物<br>2 準耐火建築物<br>3 その他 ( )          |                                    |
|                  | 所有関係                    | ① 事業者が自ら所有する建物                            |                                    |
|                  |                         | 2 事業者が賃借する建物                              |                                    |
|                  |                         | ※ 1 に該当する場合                               |                                    |
|                  |                         | 抵当権等の有無                                   | 有 / 無                              |
|                  |                         | ※ 2 に該当する場合                               |                                    |
| 契約期間             | 有 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) / 無 |   |                                    |
| 契約の自動更新          | 有 / 無                   |   |                                    |

| 居室の状況   | 居室区分<br>【表示事項】   | 1 全室個室<br>② 相部屋あり<br>※2に該当する場合 |                 |                      |                            |         |         |
|---|--|--------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------|---------|---------|
|   |  | 最小                             | 2人部屋            |                      | 最大                         | 2人部屋    |         |
|   |  | 便所                             | シャワー            | 台所                   | 面積                         | 室数・戸数   | 区分※     |
|   | タイプ1   | 有/無                            | 有/無             | 有/無                  | 27.86~30.79 m <sup>2</sup> | 5       | 一般居室個室  |
|   | タイプ2   | 有/無                            | 有/無             | 有/無                  | 15.87~17.70 m <sup>2</sup> | 6       | 介護居室個室  |
|   | タイプ3   | 有/無                            | 有/無             | 有/無                  | 26.20 m <sup>2</sup>       | 1       | 介護居室相部屋 |
|   | タイプ4   | 有/無                            | 有/無             | 有/無                  | 15.05~16.21 m <sup>2</sup> | 5       | 介護居室個室  |
| タイプ5  | 有/無  | 有/無                            | 有/無             | 29.08 m <sup>2</sup> | 1                          | 介護居室相部屋 |         |
| ※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」のいずれかを記入。 |  |                                |                 |                      |                            |         |         |
| 共用施設  | 共用便所における<br>便房   | 2か所                            | うち男女別の対応が可能な便房  | 0か所                  |                            |         |         |
|   |  |                                | うち車椅子等の対応が可能な便房 | 2か所                  |                            |         |         |
|   | 共用浴室   | 3か所                            | 個室              | 2か所                  |                            |         |         |
|   |  |                                | 大浴場             | 1か所                  |                            |         |         |
|   | 共用浴室に設置<br>された介助浴槽   | 1か所                            | チェアー浴           | 1か所                  |                            |         |         |
|   |  |                                | リフト浴            | か所                   |                            |         |         |
|   |  |                                | ストレッチャー浴        | か所                   |                            |         |         |
|   |  |                                | その他（ ）          | か所                   |                            |         |         |
| 食堂  |  |                                | 有 / 無           |                      |                            |         |         |
| 入居者や家族が利用できる調理設備                                    |  |                                | 有 / 無           |                      |                            |         |         |
| エレベーター  | ① あり（車椅子対応） 1 基<br>② あり（ストレッチャー対応） 1 基<br>3 あり（上記1・2に該当しない） 基<br>4 なし    |                                |                 |                      |                            |         |         |
| 消防用設備等  | 消火器  |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
|   | 自動火災報知設備   |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
|   | 火災通報設備   |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
|   | スプリンクラー  |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
|   | 防火管理者  |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
|   | 防災計画   |                                |                 | 有 / 無                |                            |         |         |
| その他   | 1階 レストラン 理美容室 健康管理室 談話コーナー 駐車場<br>2階 洗濯室 デイルーム 3階 機能訓練場 デイルーム・洗濯室 4階 洗濯室 |                                |                 |                      |                            |         |         |

#### 4 サービスの内容

(全体の方針)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 運営に関する方針        | 自立の方から要介護の方までを対象にし、また認知症の方専用のフロアも設けており、比較的安い料金設定にするなどして幅広いニーズに応えられるような施設としていきます。住み慣れた環境の中で不安な老後をいつまでも安心して生きがいを持った生活が送れるような支援をしていき、我が家のような施設づくりを目指します |
| サービスの提供内容に関する特色 | 小規模な施設で一人お一人を尊重した手厚い介護を実践している  |
| 入浴、排せつ又は食事の介護   | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |
| 食事の提供           | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |
| 洗濯、掃除等の家事の供与    | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |
| 健康管理の供与         | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |
| 安否確認又は状況把握サービス  | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |
| 生活相談サービス        | ① サービスの提供あり（設置者が自ら実施）<br>② サービスの提供あり（委託）<br>③ サービスの提供なし  |

(介護サービスの内容)

|                                |                        |          |
|--------------------------------|------------------------|----------|
| 特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無 | 身体拘束廃止未実施減算            | 有 / 無    |
|                                | 高齢者虐待防止措置未実施減算         | 有 / 無    |
|                                | 業務継続計画未策定減算            | 有 / 無    |
|                                | 看護・介護職員の員数が基準に満たない場合   | 有 / 無    |
|                                | 医療連携加算 I               | 有 / 無    |
|                                | 退居時（入院時）情報提供加算（250 単位） | 有 / 無    |
|                                | 退院・退所時連携加算（1 日 30 単位）  | 有 / 無    |
| 特定施設処遇改善加算 II                  | 有 / 無                  |          |
| 人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無           | 有 / 無                  |          |
|                                | ※有の場合、介護・看護職員の配置率      | 1.06 : 1 |

(医療連携の内容)

|                |      |  |   |
|----------------|------|--|---|
| 医療支援<br>※複数選択可 |      | ① 救急車の手配<br>② 入退院の付き添い※<br>③ 通院介助 ※<br>4 その他 (訪問診療医の確保等)<br>※基本ご家族様のご対応になりますが必要に応じて代行いたします |   |
| 協力医療機関         | 1    | 名称   | 武村内科  |
|                |      | 住所   | 神戸市垂水区平磯 4 丁目 4-19<br>(ホームから 0.85 km)                             |
|                |      | 診療科目   | 内科、胃腸科、   |
|                |      | 協力内容   | 定期的な往診 (月 2 回程度)・緊急時の対応や相談・健康診断                                   |
|                | 2    | 名称   | 神戸徳洲会病院   |
|                |      | 住所   | 神戸市垂水区上高丸 1 丁目 3 番 10 号<br>(ホームから 1.9 km)                         |
|                |      | 診療科目   | 内科、消化器科、循環器科、心臓血管外科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、婦人科、眼科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科 |
|                |      | 協力内容   | 入院治療が必要な場合の受入れ、緊急時対応等   |
| 協力歯科医療機関       | 名称   | 井上歯科   |   |
|                | 住所   | 神戸市垂水区天ノ下町 11-13<br>(ホームから 0.85 km)  |   |
|                | 協力内容 | 訪問歯科診療、<br>入れ歯の作製・修理、口腔ケア  |   |

(入居後に居室を住み替える場合)

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 入居後に居室を住み替える場合<br>※複数選択可 | ① 一時介護室へ移る場合<br>② 介護居室へ移る場合<br>3 その他 ( )   |
| 判断基準の内容                  | 1.身体介助が必要となり、介護職員による見守りが常時必要となる状態であること<br>2.医療機関での入院治療が必要とする心身状態でないこと<br>3.本人及び身元引受人の意向を確認するとともに、医師の意見を聴き判断すること<br>4.観察期間を通じて、転居に支障がないことが確認されていること |
| 手続きの内容                   | 1.見守り期間 (観察期間) を経過した後、管理規約の定めに従い担当者会議で判断する<br>2.住み替えの後の居室及び介護等の内容、権利の変動、専有面積の変更に伴う費用負担の増減等について入居者及び身元引受人等に説明を行う                                    |

|              |        |                           |                              |
|--------------|--------|---------------------------|------------------------------|
|              |        | 3.入居者の同意を得る               |                              |
| 追加的費用の有無     |        | 有 / 無                     |                              |
| 居室利用権の取扱い    |        | 一般居室の利用権は消失し、介護居室利用権を取得する |                              |
| 前払金償却の調整の有無  |        | 有 / 無                     |                              |
| 従前の居室との仕様の変更 | 面積の増減  | 有 / 無                     |                              |
|              | 便所の変更  | 有 / 無                     |                              |
|              | 浴室の変更  | 有 / 無                     |                              |
|              | 洗面所の変更 | 有 / 無                     |                              |
|              | 台所の変更  | 有 / 無                     |                              |
|              | その他の変更 | ※ 有の場合、<br>変更内容           | 一般居室から介護居室へ住み替えの場合は室内の仕様が異なる |

(入居に関する要件)

|                    |   |                |  |
|--------------------|---|----------------|--|
| 入居対象となる者<br>【表示事項】 | ① 自立している者<br>② 要支援の者<br>③ 要介護の者   |                |  |
| 留意事項               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65 歳以上</li> <li>・ 他の入居者に伝染する疾患のない方</li> <li>・ 自傷、他傷の恐れがなく共同生活が円満にできる方</li> <li>・ 医療行為が必要な方に関しては要相談</li> <li>・ 当ホームの入居判定基準を満たされた方</li> <li>・ 保証人又は身元保証人のある方</li> </ul> ※身元引受人当の条件、義務等は<br>①入居者の緊急時に連絡の取れる方<br>②入居者の連帯保証、身柄引取り   |                |  |
| 契約の解除の内容           | ① 入居者が死亡した時(入居者が2名の場合は両者とも死亡した時)<br>② 入居者が解約する場合は 30 日前の予告期間が必要<br>③ 事業者が解約する場合は 90 日前の予告期間が必要<br>(主な解約理由)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ 不正手段の入居</li> <li>・ 利用料、その他の支払いの滞納</li> <li>・ 入居契約書 第 20 条の禁止の違反をした時</li> <li>・ サービス提供が困難になった時</li> <li>・ 行動が他の利用者に迷惑や危険を及ぼし、事業者が相当の努力をしても防ぐことが出来ない時</li> </ul> |                |  |
| 設置者から解約を求める場合      | 解約条項  | 入居契約書第 29 条による |  |
|                    | 解約予告期間  | 3 か月           |  |
| 入居者からの解約予告期間       | 1 か月  |                |  |

|      |  |
|------|--|
| 体験入居 | ④ / 無  |
|      | 1泊3食付き 22,000円(税込)<br>※割増料金1泊3食付き 28,600円(税込)<br>(年末年始12/28~1/3・お盆8/13~8/16) |
| 入居定員 | 20人  |

## 5 職員体制

(職種別の職員数)

|                        | 職員数(実人数) |    |     | 常勤換算人数※ |
|------------------------|----------|----|-----|---------|
|                        | 合計       | 常勤 | 非常勤 |         |
| 管理者                    | 1        | 1  |     | 1       |
| 生活相談員                  | 1        | 1  |     | 1       |
| 直接処遇職員                 | 12       |    |     |         |
| うち介護職員                 | 9        | 3  | 6   | 5.2     |
| うち看護職員                 | 3        | 2  | 1   | 2.7     |
| 機能訓練指導員                | 1        | 2  | 1   | 0.7     |
| 計画作成担当者                | 1        | 1  |     | 1       |
| 栄養士                    | 委託       |    |     | 委託      |
| 調理員                    | 2        | 1  | 1   | 1.5     |
| 事務員                    | 2        | 1  | 1   | 1.8     |
| その他職員                  | 2        |    | 2   | 1       |
| 1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数 |          |    |     | 40時間    |

(介護職員が有している資格の総数)

|           | 合計 |     |   |
|-----------|----|-----|---|
|           | 常勤 | 非常勤 |   |
| 社会福祉士     |    |     |   |
| 介護福祉士     | 3  | 2   | 1 |
| 実務者研修の修了者 | 1  | 1   |   |
| 初任者研修の修了者 | 5  |     | 5 |
| 介護支援専門員   |    |     |   |

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

|           | 合計 |     |   |
|-----------|----|-----|---|
|           | 常勤 | 非常勤 |   |
| 看護師又は准看護師 | 3  | 2   | 1 |
| 理学療法士     |    |     |   |

|             |  |  |  |
|-------------|--|--|--|
| 作業療法士       |  |  |  |
| 言語聴覚士       |  |  |  |
| 柔道整復士       |  |  |  |
| あん摩マッサージ指圧師 |  |  |  |

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

|          |         |                 |
|----------|---------|-----------------|
| 夜勤帯の設定時間 | 18時～ 9時 |                 |
|          | 平均人数    | 最小時人数 (休憩者等を除く) |
| 看護職員     | 人       | 人               |
| 介護職員     | 1人      | 1人              |

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

|  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| 特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能) | 契約上の職員配置比率※<br>【表示事項】              | ① 1.5 : 1 以上<br>2 2 : 1 以上<br>3 2.5 : 1 以上<br>4 3 : 1 以上 |
|  | 実際の配置比率<br>(記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数) | 1.06 : 1   |

(職員の状況)

|                        |               |     |      |     |       |     |         |     |         |       |  |
|------------------------|---------------|-----|------|-----|-------|-----|---------|-----|---------|-------|--|
| 管理者                    | 他の職務との兼務      |     |      |     |       |     |         |     |         | ㊦ / 無 |  |
|                        | 業務に係る資格等      |     |      |     |       |     |         |     |         | 有 / ㊦ |  |
|                        | ※ 有の場合、資格等の名称 |     |      |     |       |     |         |     |         |       |  |
|                        | 看護職員          |     | 介護職員 |     | 生活相談員 |     | 機能訓練指導員 |     | 計画作成担当者 |       |  |
|                        | 常勤            | 非常勤 | 常勤   | 非常勤 | 常勤    | 非常勤 | 常勤      | 非常勤 | 常勤      | 非常勤   |  |
| 前年度1年間の採用数             | 1             | 1   | 0    | 4   |       |     | 1       | 1   |         |       |  |
| 前年度1年間の退職者数            | 1             | 1   | 1    | 3   |       |     | 1       | 1   |         |       |  |
| じた業務に従事した経験年数に応じた職員の人数 | 1年未満          |     |      |     |       |     |         |     |         |       |  |
|                        | 1年以上3年未満      |     |      | 1   | 1     |     |         |     |         |       |  |
|                        | 3年以上5年未満      |     |      |     |       |     |         |     |         |       |  |
|                        | 5年以上10年未満     |     |      |     |       |     |         |     |         |       |  |
|                        | 10年以上         | 2   | 1    | 2   | 5     |     |         |     |         |       |  |
| 従業者の健康診断の実施状況          |               |     |      |     |       |     |         |     | ㊦ / 無   |       |  |

## 6 利用料金

(利用料金の支払い方法)

|                            |   |  |
|----------------------------|---|--|
| 居住の権利形態【表示事項】              | ① 利用権方式                      2 建物賃貸借方式<br>3 終身建物賃貸借方式     |  |
| 利用料金の支払い方式【表示事項】           | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>③ 月払い方式      4 選択方式       |  |
|                            | ※4の場合<br>複数選択可  | 1 全額前払い方式<br>2 一部前払い・一部月払い方式<br>3 月払い方式              |
| 年齢に応じた金額設定                 | 有 / 無   |  |
| 要介護状態に応じた金額設定              | 有 / 無   |  |
| 入院等による不在等における利用料金（月払い）の取扱い | ① 減額なし      2 日割り計算で減額<br>3 不在期間が      日以上の場合に限り、日割り計算で減額 |  |
| 利用料金の改定                    | 条件  | ホームが所在する自治体が発表する消費者指数及び人件費等を勘案し、運営懇談会の意見を聞いた上で改定します。 |
|                            | 手続き   | 入居者及び身元引受人等へ事前に通知をおこないます。                            |

(利用料金のプラン)

(税込)

|             |                              | プラン1                 | プラン2                 | プラン3                 | プラン4                 | プラン5                 |          |
|-------------|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------|
| 入居者の状況      | 要介護度                         | 要支援1                 | 要支援2                 | 要支援2                 | 要介護5                 | 要介護3                 |          |
|             | 年齢                           | 87                   | 90                   | 99                   | 92                   | 84                   |          |
| 居室の状況       |                              | タイプ1                 | タイプ1                 | タイプ2                 | タイプ4                 | タイプ5                 |          |
| 床面積         |                              | 28.19 m <sup>2</sup> | 28.41 m <sup>2</sup> | 17.40 m <sup>2</sup> | 15.05 m <sup>2</sup> | 29.08 m <sup>2</sup> |          |
| 便所          |                              | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                |          |
| シャワー        |                              | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                |          |
| 台所          |                              | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                |          |
| 入居時点で必要な費用  | 前払金                          | 円                    | 円                    | 円                    | 円                    | 円                    |          |
|             | 敷金                           | 300,000 円            |          |
| 月額費用の合計     |                              | 245,000 円            | 245,000 円            | 202,000 円            | 202,000 円            | 252,000 円            |          |
| 家賃          |                              | 130,000 円            | 130,000 円            | 100,000 円            | 100,000 円            | 150,000 円            |          |
| サービス費用      | 特定施設入居者生活介護等の費用<br>(1割負担の場合) | 6,493 円              | 11,105 円             | 11,105 円             | 28,844 円             | 24,090 円             |          |
|             | 介護保険外                        | 食費                   | 63,000 円             | 63,000 円             | 63,000 円             | 63,000 円             | 63,000 円 |
|             |                              | 管理費                  | 52,000 円             | 52,000 円             | 39,000 円             | 39,000 円             | 39,000 円 |
|             |                              | 介護費用                 | 円                    | 円                    | 円                    | 円                    | 円        |
|             |                              | 光熱水費                 | 管理費に含む               | 管理費に含む               | 管理費に含む               | 管理費に含む               | 管理費に含む   |
| その他         | 円                            | 円                    | 円                    | 円                    | 円                    |                      |          |
| 都度払いとなるサービス |                              | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                | 有 / 無                |          |

## (利用料金の算定根拠)

| 費 目                  | 算 定 根 拠  |
|----------------------|--|
| 家賃                   | 入居者が終身にわたって居住する居室、その他共用施設等の利用のための費用の月額支払い分   |
| 敷金                   | 300,000 円／人  |
| 介護費用                 | ※介護保険サービスの自己負担額は含まない   |
| 管理費                  | 施設長その他必要な職員を配置して、入居者の日常生活に必要な諸業務を処理するとともに、建物および付帯設備の維持管理費  |
| 食費                   | 人件費等の諸経費、および食材費に基づく費用 厨房維持費等<br>月額 (30 日 3 食) 63,000 円 (税込)<br>朝食 560 円・昼食 600 円・夕食 940 円 (税込)<br>※おやつ 150 円・禁食 50 円・代替え食品等別途費用 (税別)<br>食事を摂らない場合厨房維持費として 5,000 円 (税別) をいただきます |
| 光熱水費                 | 管理費に含む   |
| 利用者の個別的な選択によるサービス利用料 | 別添 2   |
| その他のサービス利用料          | おむつ代、医療費 (医療保険の自己負担分)、理美容代 (施設利用料)、日用品、電話料金、新聞購読料、ボランティア費用等の実費、<br>(介護サービス一覧表に記載) 居室にテレビを設置される方は、NHK 受信料手続きはご自身で行ってください  |

## 7 入居者の状況

## (入居者の人数)

|       |               |     |               |      |
|-------|---------------|-----|---------------|------|
| 性別    | 男性            | 1 人 | 女性            | 11 人 |
| 年齢別   | 65 歳未満        | 0 人 | 65 歳以上 75 歳未満 | 0 人  |
|       | 75 歳以上 85 歳未満 | 2 人 | 85 歳以上        | 10 人 |
| 要介護度別 | 自立            | 0 人 | 要支援 1         | 2 人  |
|       | 要支援 2         | 2 人 | 要介護 1         | 2 人  |
|       | 要介護 2         | 0 人 | 要介護 3         | 1 人  |
|       | 要介護 4         | 1 人 | 要介護 5         | 4 人  |
| 入居期間別 | 6 か月未満        | 0 人 | 6 か月以上 1 年未満  | 1 人  |
|       | 1 年以上 5 年未満   | 6 人 | 5 年以上 10 年未満  | 5 人  |
|       | 10 年以上 15 年未満 | 0 人 | 15 年以上        | 0 人  |

## (入居者の属性)

|         |      |
|---------|------|
| 平均年齢    | 91 歳 |
| 入居者数の合計 | 12 人 |
| 入居率※    | 60%  |

## (前年度における退去者の状況)

|         |      |   |        |     |
|---------|------|---|--------|-----|
| 退去先別の人数 | 自宅等  | 人 | 社会福祉施設 | 人   |
|         | 医療機関 | 人 | 死亡者    | 1 人 |
|         | その他  | 人 |        |     |

|         |          |          |  |   |
|---------|----------|----------|--|---|
| 生前解約の状況 | 施設側の申し出  |          |  | 人 |
|         |          | (解約事由の例) |  |   |
|         | 入居者側の申し出 |          |  | 人 |
|         |          | (解約事由の例) |  |   |

### 8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※適宜、欄を追加すること。

|              |       |  |
|--------------|-------|--|
| 窓口の名称        |       | レイシエスタしらゆり   |
| 電話番号         |       | 078-708-3060   |
| 対応している<br>時間 | 平日    | 9:00~17:00   |
|              | 土曜    | 9:00~17:00   |
|              | 日曜・祝日 | 9:00~17:00   |
| 定休日          |       | なし   |
| 当施設以外の窓口の名称  |       | ① 兵庫県国民健康保険団体連合会<br>② 神戸市保健福祉局高齢福祉部介護指導課<br>③ 神戸市消費生活センター                  |
| 電話番号         |       | ① 078-332-5617<br>② 078-322-6326<br>③ 078-371-1221                         |
| 対応している<br>時間 | 平日    | ① 8:45~17:15<br>② 8:45~12:00、13:00~17:30<br>③ 9:00~17:00 (来訪相談 9:00~16:30) |
| 定休日          |       | 土日・祝祭日・年末年始  |

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

|                               |                 |  |                 |
|-------------------------------|-----------------|--|-----------------|
| 損害賠償責任保険の加入状況                 | ① 加入済み<br>② 未加入 |  |                 |
|                               | ※1の場合           | 加入する保険会社の名称  | 東京海上日動火災保険会社(株) |
|                               | 合               | 加入する保険の名称  | 賠償責任保険          |
| 介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応 |                 | 1 対応あり (事故対応及びその予防のための指針あり)<br>2 対応あり (事故対応及びその予防のための指針なし)<br>③ 対応なし |                 |

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

|   |                  |                 |                  |
|---|------------------|-----------------|------------------|
| 利用者アンケート調査、意見箱等の<br>利用者の意見等を把握する取組の<br>状況 | 1 取組あり<br>② 取組なし |                 |                  |
|   | ※1の場合<br>合       | 実施日・開始日         | 平成 年 月 日         |
|   |                  | 結果の開示           | 1 あり ( )<br>2 なし |
| 第三者による評価の実施状況                             |                  | 1 実施済み<br>② 未実施 |                  |

|  |       |        |                  |
|--|-------|--------|------------------|
|  | ※1の場合 | 実施日    | 平成 年 月 日         |
|  |       | 評価機関名称 |                  |
|  |       | 結果の開示  | 1 あり ( )<br>2 なし |

9 入居希望者への事前の情報開示

|          |            |            |           |
|----------|------------|------------|-----------|
| 入居契約書の雛形 | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 管理規定     | ① 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | 3 公開していない |
| 事業収支計画書  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | ③ 公開していない |
| 財務諸表の要旨  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | ③ 公開していない |
| 財務諸表の原本  | 1 入居希望者に公開 | 2 入居希望者に交付 | ③ 公開していない |

10 その他

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| 運 営 懇 談 会                             | ① 設置済み<br>2 未設置 (代替措置あり)<br>3 未設置 (代替措置なし)   |
|                                       | ※1の場合、開催頻度 年 2 回   |
|                                       | ※2の場合、代替措置の内容  |
| 提携ホームへの移行【表示事項】                       | 1 移行あり (提携ホーム名 : )<br>② 移行なし   |
| 有料老人ホーム設置時の老人福祉法第29条第1項に規定する届出        | ① 届出あり 2 届出なし<br>3 届出なし (サービス付き高齢者向け住宅の登録済み )  |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針「第5章 規模及び構造設備」への適合状況   | 1 不適合事項あり (代替措置を実施済み)<br>2 不適合事項あり (将来の改善計画策定済み)<br>3 不適合事項あり (1又は2以外)<br>④ 不適合事項なし<br>5 有料老人ホーム以外の制度に基づく構造設備  |
| ※ 1、2又は3の場合、不適合事項の内容<br>※ 該当する項目にチェック | <input type="checkbox"/> 居室が個室ではない ( <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部)<br><input type="checkbox"/> 一般居室の1人当たり床面積が18㎡未満 ( <input type="checkbox"/> 全室 ・ <input type="checkbox"/> 居室の一部)<br><input type="checkbox"/> 廊下の幅員が基準を満たさない (具体的に)<br><input type="checkbox"/> 消防法等に定める設備等の設置なし ( <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備・ <input type="checkbox"/> 通報装置・ <input type="checkbox"/> スプリンクラー)<br><input type="checkbox"/> その他 (具体的に) |
| ※1の場合、代替措置の概要                         |  |
| ※2の場合、改善計画の概要                         |  |
| ※ 5の場合、構造設備の基準となる制度の名称                | 1 サービス付き高齢者向け住宅登録制度 (登録済み)<br>2 高齢者専用賃貸住宅登録制度 (登録済み)   |
| 有料老人ホーム設置運営指導指針に基づく指導の有無<br>※複数選択可    | 1 指導事項あり (過去1年以内に指導)<br>2 指導事項あり (未改善のまま、指導から1年経過)<br>③ 指導事項なし   |
| ※1又は2の場合、指導内容                         |  |

添付書類：別添1（設置者が別に実施する介護サービス一覧表）

別添2（個別選択によるサービス一覧表）

別紙3（介護保険サービスの自己負担額）

\_\_\_\_\_様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 \_\_\_\_\_

※ 契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 設置者が神戸市内で実施する他の介護サービス

| 介護サービスの種類        |       | 事業所の名称     | 所在地           |
|------------------|-------|------------|---------------|
| <居宅サービス>         |       |            |               |
| 訪問介護             | 有 / 無 | ケアサービスしらゆり | 神戸市垂水区宮本町3-13 |
| 訪問入浴介護           | 有 / 無 |            |               |
| 訪問看護             | 有 / 無 |            |               |
| 訪問リハビリテーション      | 有 / 無 |            |               |
| 居宅療養管理指導         | 有 / 無 |            |               |
| 通所介護             | 有 / 無 |            |               |
| 通所リハビリテーション      | 有 / 無 |            |               |
| 短期入所生活介護         | 有 / 無 |            |               |
| 短期入所療養介護         | 有 / 無 |            |               |
| 特定施設入居者生活介護      | 有 / 無 |            |               |
| 福祉用具貸与           | 有 / 無 |            |               |
| 特定福祉用具販売         | 有 / 無 |            |               |
| <地域密着型サービス>      |       |            |               |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 有 / 無 |            |               |
| 夜間対応型訪問介護        | 有 / 無 |            |               |
| 認知症対応型通所介護       | 有 / 無 |            |               |
| 小規模多機能型居宅介護      | 有 / 無 |            |               |
| 認知症対応型共同生活介護     | 有 / 無 |            |               |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 有 / 無 |            |               |
| 看護小規模多機能型居宅介護    | 有 / 無 |            |               |
| 居宅介護支援           | 有 / 無 |            |               |
| <居宅介護予防サービス>     |       |            |               |
| 介護予防訪問介護         | 有 / 無 | ケアサービスしらゆり | 神戸市垂水区宮本町3-13 |
| 介護予防訪問入浴介護       | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防訪問看護         | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防訪問リハビリテーション  | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防居宅療養管理指導     | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防通所介護         | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防通所リハビリテーション  | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防短期入所生活介護     | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防短期入所療養介護     | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防特定施設入居者生活介護  | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防福祉用具貸与       | 有 / 無 |            |               |
| 特定介護予防福祉用具販売     | 有 / 無 |            |               |
| <地域密着型介護予防サービス>  |       |            |               |
| 介護予防認知症対応型通所介護   | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防小規模多機能型居宅介護  | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防認知症対応型共同生活介護 | 有 / 無 |            |               |
| 介護予防支援           | 有 / 無 |            |               |
| <介護福祉施設>         |       |            |               |
| 介護老人福祉施設         | 有 / 無 |            |               |
| 介護老人保健施設         | 有 / 無 |            |               |
| 介護療養型医療施設        | 有 / 無 |            |               |

別添2 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

| 特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無         |                 |       |    |    |                   | 有 / 無                                   |
|--|-----------------|-------|----|----|-------------------|---|
| 特定施設入居者生活介護<br>費で実施するサービス<br>(利用者一部負担※1) | 個別の利用料で実施するサービス |       |    |    |                   | 備考<br>*：自立者へ「介護費」<br>で提供する一時的<br>介護サービス |
|  | (利用者が<br>全額負担)  | 包含    | 都度 | 料金 |                   |   |
| <b>介護サービス</b>                            |                 |       |    |    |                   |   |
| 食事介助                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 排泄介助・おむつ交換                               | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| おむつ代                                     |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費                |   |
| 入浴（一般浴）介助・<br>清拭                         | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 週3回以上<br>1,575円/回 |   |
| 特浴介助                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 週3回以上<br>1,575円/回 |   |
| 身辺介助（移動・着替<br>え等）                        | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 機能訓練                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 実費                | 委託事業                                    |
| 通院介助                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |
| <b>生活サービス</b>                            |                 |       |    |    |                   |   |
| 居室清掃                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| リネン交換                                    | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 日常の洗濯                                    | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 500円/回            |   |
| 居室配膳・下膳                                  | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 入居者の嗜好に応じ<br>た特別な食事                      |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費                |   |
| おやつ                                      |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費                |   |
| レクリエーション                                 |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費内容によ<br>り一部有料   |   |
| 理美容師による理美<br>容サービス                       |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費                | 毛染めは施設利用料<br>：650円                      |
| 買い物代行                                    | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |
| 役所手続き代行                                  | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |
| 金銭・貯金管理                                  |                 | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| <b>健康管理サービス</b>                          |                 |       |    |    |                   |   |
| 定期健康診断                                   |                 | 有 / 無 |    | ○  | 実費                |   |
| 健康相談                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 生活指導・栄養指導                                | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 服薬支援                                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 生活リズムの記録（排<br>便・睡眠等）                     | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| <b>入退院時・入院中のサービス</b>                     |                 |       |    |    |                   |   |
| 移送サービス                                   | 有 / 無           | 有 / 無 |    |    |                   |   |
| 入退院時の同行                                  | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |
| 入院中の洗濯物交<br>換・買い物                        | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |
| 入院中の見舞い訪問                                | 有 / 無           | 有 / 無 |    | ○  | 30分1,050円         | 別途交通費                                   |

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：介護サービスについては介護保険法の自立支援の理念に基づき、ご利用者が自立生活していくために、ご自身の能力に応じてご本人の能力に応じて、ご本人にできることは可能な限りしていただくことで、身体機能の維持向上を図る為の物です。介護度に応じた全てのサービスを保証するものではありません。

※3：一時的な車いすや排泄器具関連、福祉用具の貸し出しを行います。（概ね2週間）常時使用する必要がある場合はご購入もしくはレンタル契約をお願いします。

## 介護保険サービス自己負担額

(令和 6 年 8 月 1 日現在)

要介護度に応じて介護費用の 1 割～3 割を徴収します。

|                     | 介護給付費の単位   | 介護報酬の<br>目安 (30 日) | 利用者負担分<br>1 割 | 利用者負担分<br>2 割 | 利用者負担分<br>3 割 |
|---------------------|--|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| 要支援 1               | 183 単位/日   | 57,864 円           | 5,787 円/月     | 11,573 円/月    | 17,360 円/月    |
| 要支援 2               | 313 単位/日   | 98,970 円           | 9,897 円/月     | 19,794 円/月    | 29,691 円/月    |
| 要介護 1               | 542 単位/日   | 171,380 円          | 17,138 円/月    | 34,276 円/月    | 51,414 円/月    |
| 要介護 2               | 609 単位/日   | 192,565 円          | 19,257 円/月    | 38,513 円/月    | 57,770 円/月    |
| 要介護 3               | 679 単位/日   | 214,699 円          | 21,470 円/月    | 42,940 円/月    | 64,410 円/月    |
| 要介護 4               | 744 単位/日   | 235,252 円          | 23,526 円/月    | 47,051 円/月    | 70,576 円/月    |
| 要介護 5               | 813 単位/日   | 257,070 円          | 25,707 円/月    | 51,414 円/月    | 77,121 円/月    |
| 退院・退所加算             | 30 単位/日  | 316 円              | 32 円/日        | 64 円/日        | 95 円/日        |
| 医療連携加算              | I 100 単位/月   | 1,054 円            | 106 円/月       | 211 円/月       | 317 円/月       |
| 退居時情報提供<br>加算 1 回限り | 250 単位   | 2,635 円            | 265 円/回       | 527 円/回       | 791 円/回       |
| 介護職員<br>処遇改善加算 II   | 介護給付費(月)<br>=各種加算を加えた 1 ヶ月の総単位数×12.2% (－単位未満四捨五入)<br>×10.54 円 (1 円未満切捨)<br>利用者負担(月)<br>1 割負担の場合＝介護給付金 (月) ×0.1 (1 円未満切上)<br>2 割負担の場合＝介護給付金 (月) ×0.2 (1 円未満切上)<br>3 割負担の場合＝介護給付金 (月) ×0.3 (1 円未満切上) |                    |               |               |               |

- 上記は利用日数が 30 日の場合の料金の目安です。
- 償還払いの場合は「法定代理受領相当分」に関して、ご自身の市町村への手続きが必要です。
- 介護報酬分・利用者負担については非課税となります。